

Manifestations psychopathologiques de la grossesse

La morbidité psychiatrique durant la grossesse est moindre que dans le post-partum. Toutefois, 10 % femmes sont déprimées et certains troubles spécifiques, tel le déni de grossesse, sont plus fréquents qu'on ne le pense. Enfin, le nombre de grossesses a augmenté dans la population des femmes ayant des troubles psychiatriques préexistants.

Bernard Durand*

A lors que la puerpéralité est une période de grande vulnérabilité sur le plan psychique, la morbidité psychiatrique durant la grossesse est assez limitée : le rapport serait d'environ 6 à 7 affections psychiatriques dans le post-partum pour 1 pendant la grossesse. Pourtant cette période, essentielle dans la vie d'une femme, s'accompagne de modifications importantes sur le plan psychologique et constitue une nouvelle crise d'identité après celle de l'adolescence. La manière dont elle est vécue conditionne à la fois la qualité du terme obstétrical et les premiers liens d'attachement entre le bébé et sa mère, et peut contribuer à l'apparition de troubles psychiatriques dans le post-partum.

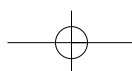
Après une évocation rapide des symptômes mineurs qui accompagnent pratiquement chaque grossesse, nous distinguerons successivement les troubles propres à cette

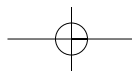
période, comme le déni de grossesse, les pathologies révélées à cette occasion comme certains troubles de l'humeur, et enfin les pathologies antérieures à la grossesse qui infléchiront le cours de celle-ci et posent la question souvent délicate de l'anticipation souhaitable des modalités d'accompagnement du bébé à venir et de sa mère.

LA GROSSESSE, PÉRIODE DE RÉAMÉNAGEMENT PSYCHIQUE

Avec la maîtrise de la fécondité, les couples parlent de leur désir d'enfant, sans percevoir pourtant combien celui-ci est imprégné de représentations fantasmatiques inconscientes dont les racines plongent dans les premières expériences de l'enfance.¹ Le désir de maternité est intriqué au désir d'enfant, mais les deux ne sont pas

* Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Centre hospitalier intercommunal de Créteil, 94010 Créteil Cedex. Mél : Bernard.Durand@chicreteil.fr





COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE MANIFESTATIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES

exactement du même registre. Il faut distinguer celui du narcissisme (je suis enceinte) et celui de la relation objective (j'attends un enfant) et l'on sait que certaines femmes vivent le seul fait d'être enceinte comme un état de complétude imaginaire qui les comble, sans qu'elles puissent toujours se représenter le terme de la grossesse.

La genèse de la maternité est le fruit d'un processus complexe qui commence dès le premier âge, dans les relations du bébé fille avec sa propre mère, se poursuit dans la manière dont est vécu le conflit œdipien, et la valorisation que le père apporte à sa fille, future mère.² Racamier avait proposé, en 1961, le terme de « maternalité » pour désigner l'ensemble des « processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité ».³ Cette période correspond à une nouvelle crise

maturative, comparable à maints égards à celle de la puberté ; comme à l'adolescence, il s'agit bien de la rupture d'un équilibre en vue de déboucher sur un nouvel équilibre et comme cette dernière, elle fait intervenir de multiples facteurs hormonaux, neuropsychologiques, sociologiques, ethnologiques qui contribuent aux réaménagements nécessaires sur un plan conscient et inconscient ainsi qu'à l'émergence d'une nouvelle identité sociale.

Réactivation et remaniement des conflits infantiles

Les psychanalystes ont souligné l'importance de la réactivation et du remaniement des conflits infantiles, marqués par une régression pulsionnelle et un réaménagement des liens œdipiens. Ce travail psychique « chez la femme devenant mère » (Freud) réactive en particulier les relations archaïques de la mère avec sa propre mère et nécessite un réaménagement de celles-ci : on constate d'ailleurs une plus grande fréquence de troubles du post-partum (dépressions, difficultés relationnelles précoces avec le bébé) chez les femmes ayant des relations difficiles avec leur propre mère. Ainsi, ce processus de maternalité dépend de données historiques et structurales antérieures, mais aussi de la manière dont ont pu être élaborés certains événements de vie (en particulier les deuils). Il dépend également du contexte actuel, conjugal, familial, social, médical qui va infléchir dans un sens ou dans un autre ce processus lié à la grossesse. Progressivement, les représentations du bébé attendu vont se transformer, et le bébé imaginaire du début de grossesse, tributaire de la vie fantasmatique des parents va faire place à la possibilité d'accueillir un bébé réel. En même temps, la mère va accéder à un état particulier de disponibilité totale pour son bébé, décrit par Winnicott sous le vocable de « préoccupation maternelle primaire » (que cet auteur comparait presque à une maladie).

Monique Bydlowski^{4,5} a décrit chez les femmes enceintes « un état de transparence psychique », caractérisé par un abaissement du seuil de perméabilité à l'inconscient et au préconscient qui permet que des reviviscences mnésiques et des fantasmes régressifs habituellement refoulés, affleurent à la conscience. Dans cet état relationnel particulier, marqué par « un état latent d'appel à l'aide », qui facilite les entretiens psychothérapeutiques, peuvent se réactualiser certains souvenirs (abus sexuels, deuils) habituellement contre-investis, ou certains conflits fantasmatiques jusque-là soumis à la censure.

Ces modifications psychologiques profondes de la grossesse ne s'extériorisent pas nécessairement. Néanmoins, on peut observer quelques manifestations comportementales mineures et transitoires comme une labilité émotionnelle, des modifications du sommeil (hypersomnie du début de grossesse par exemple), des réactions d'irritabilité, de l'anxiété, une dysphorie.

Prendre en compte le deuil lié aux pertes périnatales

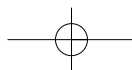
La mort vient parfois contrecarrer les projets de naissance et de vie. Pendant des siècles, la mortalité néonatale était un fait banal, bien que les enfants mort-nés aient alimenté des croyances maléfiques et que le problème majeur fût celui de leur devenir dans l'au-delà, lorsqu'ils n'avaient pu être baptisés, d'où l'invention des limbes.

On ne s'intéresse à la problématique du deuil périnatal que depuis 3 ou 4 décennies, d'abord à propos d'enfants dont la viabilité était reconnue et donc susceptibles d'être déclarés à l'état civil. Puis, on a constaté que les affects de deuil liés à une fausse couche étaient du même registre, avec en particulier l'interruption brutale du processus qui transforme une femme (ou un homme) en parent.

Cela a conduit à parler de pertes périnatales (*Canadian Pediatric Society*, 1983) pour désigner toutes les pertes pouvant survenir dans la période qui s'étend de la conception à la fin de la première année de vie : avortement spontané, grossesse extra-utérine, interruption médicale de grossesse, mort in utero, décès précoce du bébé et aujourd'hui, avec le développement de la procréation médicalement assistée, les réductions embryonnaires. Ces échecs de la grossesse ont fait longtemps l'objet d'une conspiration du silence dans les services d'obstétrique^{1,2} jusqu'à ce que l'on prenne conscience du malaise qu'ils suscitaient chez les soignants et que l'on se préoccupe d'accompagner les parents dans une perspective de la prévention des récives et des conséquences de ces deuils sur le groupe familial.

1. **Rousseau P.** Le deuil périnatal et son accompagnement. In : Guedeney A, Allillaire JF (eds). *Interventions psychologiques en périnatalité*. Paris : Masson, 2001 : 133-52.

2. **Rousseau P.** Pertes périnatales, familles, soignants et société. In : *Devenir* 1995 ; 7 : 31-60.



LES TROUBLES MINEURS, VARIATIONS DE LA NORMALE

Vomissements et anomalies banales de la sphère alimentaire

Les nausées et les vomissements sont extrêmement fréquents durant le 1^{er} trimestre de la grossesse, avec une fréquence et une intensité maximales durant le 3^e mois. Ils peuvent être considérés comme physiologiques et disparaissent généralement avant la 16^e semaine d'aménorrhée.^{6,7} Ils sont sans retentissement sur l'état général, de même que les modifications de l'appétit, fréquemment constatées chez des femmes qui acceptent difficilement les modifications corporelles et craignent une prise de poids trop importante. Il faut également citer les classiques et anecdotiques envies et aversions électives de nature parfois phobique, qui ont été longtemps considérées comme inévitablement liées à l'état de grossesse. Tous ces symptômes sans gravité peuvent être reliés néanmoins aux mécanismes de régression orale mis en avant par les psychanalystes.

Anxiété plus fréquente en début et en fin de grossesse

Des manifestations anxieuses mineures s'observent tout au long de la grossesse avec une fréquence plus élevée en début et en fin de grossesse. La crainte de l'accouchement ou celle d'avoir un enfant handicapé sont banales et généralement transitoires. Il faut d'ailleurs noter que la grossesse a parfois un effet positif vis-à-vis d'affections névrotiques anxieuses préexistantes, par le sentiment de complétude qu'elle peut apporter.

DIX POUR CENT DE DÉPRESSIONS

L'incidence des manifestations dépressives durant la grossesse est d'environ 10 %.^{8,9} Le diagnostic en est parfois difficile, car leur symptomatologie n'est souvent que l'exacerbation des symptômes habituels de la grossesse : dysphorie permanente avec des plaintes somatiques, sentiment de découragement, crises de larmes itératives, dépendance affective allant parfois de pair avec une revendication tyrannique de la future mère exigeant qu'on s'occupe d'elle. Si toute femme gestante a des préoccupations anxieuses concernant le risque d'une interruption de la grossesse ou d'une malformation du bébé, ces pensées deviennent ici obsédantes, envahissantes, sans possibilité d'être raisonnées, avec des paroxysmes en fin de journée.

Les facteurs de risque sont ceux que l'on retrouve dans la dépression post-natale, en soulignant l'importance des antécédents d'accidents obstétricaux et (ou) d'avortement,¹⁰ l'âge inférieur à 20 ans, les antécédents personnels de dépression et surtout l'investissement très ambivalent

CE QUI EST NOUVEAU

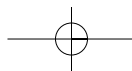
LA COLLABORATION ENTRE « PSYS » ET ÉQUIPES OBSTÉTRICALES

- La présence de psychologues souvent de formation psychanalytique, mais aussi de psychiatres dans les maternités¹⁴ est relativement récente. Initialement, il était surtout question pour l'obstétricien de « passer la main », lorsqu'une parturiente avait des troubles psychiatriques ou des difficultés complexes d'ordre psychosocial. Dans le même temps, les « psys » se préoccupaient d'intervenir le plus précocement possible de manière préventive ; ils s'intéressaient aux origines de la vie psychique et aux interactions précoces entre la mère et son bébé dont on venait de découvrir les « compétences » avec Brazelton.
- Le raccourcissement de la durée de séjour dans les maternités, le développement de la médecine anténatale et fœtale avec des problèmes de décisions délicates, y compris sur le plan éthique, ont conduit à des collaborations nouvelles où il est moins question de passation que d'articulation des interventions.
- Un certain nombre de femmes peuvent bénéficier du cadre même de la maternité, sans recours direct à un psychologue ou un psychiatre, grâce au travail indirect que ceux-ci assurent auprès des sages-femmes et de l'équipe de la maternité.¹⁵ Une des questions essentielles est celle du moment et des modalités du relais entre eux lorsque cela est nécessaire. L'apport des « psys » aux staffs de médecine anténatale est reconnu aujourd'hui indispensable à la qualité des soins.
- Le développement du réseau de périnatalité devrait impliquer de plus en plus les services de psychiatrie et de psychiatrie infantile qui s'intéressent aux bébés ainsi que les services de protection maternelle et infantile (PMI).
- La création en 1998, d'une société savante, regroupant professionnels de la psychologie ou de la psychiatrie et de l'obstétrique, « la société MARCE », qui se consacre à l'étude de la psychopathologie puerpérale et périnatale, est un signe de cette évolution.

de la grossesse.⁸ Lorsqu'il s'agit d'une symptomatologie réellement dépressive sans antécédent de ce type, il ne faut pas hésiter à interroger clairement la future mère, avec tout le tact qui s'impose, sur d'éventuels antécédents traumatiques dont elle ne parle pas spontanément (agressions sexuelles dans l'enfance, viol, voire relation incestueuse ancienne).

Le repérage de ces dépressions, prépondérantes surtout durant le 1^{er} trimestre, est important car elles risquent de faire le lit, d'une part de difficultés obstétricales, d'autre part d'une dépression du post-partum,¹¹ bien que la continuité entre dépression anténatale et postnatale soit encore discutée. Néanmoins, on considère que 20 % des dépressions postnatales seraient la prolongation ou la récurrence d'une dépression présente durant la grossesse.

Le traitement de ces dépressions non psychotiques



Le post-partum : un moment de grande vulnérabilité psychique

Cette période qui suit la naissance correspond, en particulier s'il s'agit d'une primipare, à un moment de grande vulnérabilité psychique, où le recours à l'hospitalisation psychiatrique est le plus élevé dans la vie d'une femme. Il ne faut donc pas confondre un phénomène banal et bénin comme le blues du post-partum et les pathologies psychiatriques du post-partum qui s'expriment sur le double registre du délire et de la dépression : plus on est proche de l'accouchement, plus la symptomatologie est bruyante et fréquemment délirante, plus on s'en éloigne, plus elle s'exprime de manière parfois discrète dans le registre de la dépression avec le risque de passer inaperçue.¹

LE BLUES DU POST-PARTUM

Connu aussi sous le nom du *baby blues*, il survient du 3^e au 5^e jour et se caractérise par un syndrome dysphorique transitoire qui n'a en soi rien de pathologique. Il concerne 30 à 80 % des accouchées, selon la définition retenue dans les études et le nombre de jours pris en compte après l'accouchement.

Les signes les plus fréquemment constatés associent de manière variable une irritabilité et une labilité de l'humeur avec une alternance de mouvements d'exaltation et de sentiment de découragement et d'abattement accompagné de crises de larmes, une anxiété centrée sur la capacité à prendre soin du bébé, des troubles du sommeil. Le blues du post-partum correspond beaucoup plus à un épisode d'émoussement affectif et de labilité émotionnelle qu'à un moment dépressif. Il correspond à l'instauration de cet état d'hypersensibilité de la jeune mère (« la préoccupation maternelle primaire » de Winnicott). Si le blues ne demande aucun traitement, on doit néanmoins être attentif à la qualité de l'environ-

nement de la jeune accouchée, d'autant que les séjours en maternité sont de plus en plus brefs. De plus, il faut souligner que l'intensité du blues constitue un facteur de risque accru de dépression post-natale et que, s'il se prolonge au-delà du 10^e jour, on peut déjà considérer qu'il s'agit de troubles réellement dépressifs : il faut être en particulier vigilant sur la qualité du sommeil, car l'insomnie est l'un des premiers signes des troubles psychiatriques du post-partum.

LES PSYCHOSES PUERPÉRALES

Ce cadre, propre à la nosographie française, n'a cessé d'être discuté quant à sa légitimité, ses limites et l'identité des troubles dont il prétend rendre compte. En fait, il est justifié non pas tant d'un point de vue clinique, car sa symptomatologie est assez polymorphe que par les circonstances de survenue et son pronostic généralement favorable. Il correspond aux épisodes psychotiques aigus du post-partum, avec leur double polarité délirante et thymique, lesquels concernent de 1 à 2/1 000 des naissances, en sachant que les données d'ordre épidémiologique sont difficilement comparables du fait de l'utilisation de références nosographiques différentes selon les écoles et les pays.

Sur le plan clinique, on observe :

- des formes délirantes proches des bouffées délirantes, qui débutent assez rapidement après la naissance, avec une angoisse importante, des éléments confusionnels et des thèmes délirants centrés sur le bébé (négaration de la naissance ou du mariage, conviction que l'enfant a été substitué, etc.)² ; les troubles de l'humeur sont fréquents avec une symptomatologie souvent mixte dans le double registre maniaque et mélancolique ; certaines sont proches de véritables états maniaques avec des idées délirantes mégalomaniaques ;

- des formes qui prennent l'aspect d'une mélancolie délirante, voire stuporeuse, avec des sentiments d'incapacité et de culpabilité majeure, avec le risque de suicide qui impose une hospitalisation urgente (éventuellement en unité d'hospitalisation conjointe mère-bébé).

De nombreux travaux considèrent ces pathologies aiguës du post-partum comme la première expression de troubles mania-co-dépressifs uni- ou bipolaires.

LES DÉPRESSIONS POSTNATALES

Les troubles de l'humeur déjà présents dans les pathologies psychotiques aiguës peuvent se manifester plus tardivement entre le 2^e mois et la fin de la première année du post-partum, mais dans un registre cette fois-ci plus névrotique, associant une composante anxieuse. Le problème majeur est celui de leur reconnaissance, car les études épidémiologiques montrent que leur prévalence est d'environ 15 % des naissances. Seuls les médecins généralistes, les pédiatres ou les services de PMI sont en situation de les repérer, pour autant qu'on y pense, derrière une fatigue alléguée ou des difficultés à s'occuper du bébé. La pression culturelle et le poids des idéaux projetés sur la jeune mère lui interdisent de dire, même si elle en souffre, que son bébé l'ennuie et qu'elle n'arrive pas à se sentir mère. De nombreux facteurs sont corrélés à l'apparition de telles dépressions.¹ Une prise en charge est nécessaire afin d'éviter les conséquences de ces dépressions sur la qualité des relations mère-enfant et le risque d'un lien d'attachement « insécure » avec ses répercussions développementales.

1. Durand B. Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum. Rev Prat 2001 ; 51 : 1259-64.
2. Guyotat J. Mort/naissance et filiation : études de psychologie sur le lien de filiation. Paris : Masson, 1980.

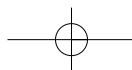
commence avant tout par leur repérage et une disponibilité d'écoute offerte à la patiente, y compris au premier chef par son médecin généraliste (ce n'est qu'à partir de cette expérience que le recours à un psychothérapeute peut éventuellement être évoqué). Dans certains cas, un traitement antidépresseur peut être envisagé en sachant qu'il ne doit pas faire l'économie de l'écoute de la patiente. Bien que la totalité des notices des antidépresseurs, que ce soit les tricycliques ou les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS), recommandent « par mesure de précaution » de ne pas utiliser ces produits durant la grossesse, de

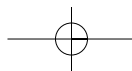
nombreuses études (de niveau de validité certes variable) permettent de penser qu'il n'existe pas de risques tératogènes et que l'impact sur le développement du fœtus est limité en dehors des effets atropiniques des tricycliques.

Le problème des deuils durant la grossesse est traité dans l'encadré sur les pertes périnatales.

Les dépressions mélancoliques

Les dépressions mélancoliques sont rares durant la grossesse. Un certain nombre de troubles bipolaires s'extériorise néanmoins pour la première fois à l'occasion d'une





grossesse, mais beaucoup plus rarement que dans le post-partum, où ils prennent la forme d'une psychose puerpérale. Dans cette occurrence, on les observe dans la seconde moitié de la grossesse et leur symptomatologie réalise plutôt un état mixte à prédominance confusionnelle et délirante.

Les problèmes les plus difficiles concernent les patientes déjà suivies pour des troubles uni- ou bipolaires qui bénéficient d'un traitement thymorégulateur, en particulier par le lithium, et qui souhaitent engager une grossesse. Il est recommandé alors d'interrompre pour un temps ce traitement thymorégulateur au risque d'une rechute, ce qui est plus facile avec des patientes présentant une bonne observance thérapeutique.

LES TROUBLES SPÉCIFIQUES DE LA GROSSESSE

Les vomissements gravidiques : après le 4^e mois

À côté des vomissements fréquents du début de grossesse, un certain nombre de femmes (de l'ordre de 0,5 à 1 pour 1 000 grossesses) vont être en proie à des vomissements qui se prolongent au-delà de la 16^e semaine. Ceux-ci se répètent sur toute la journée avec un caractère incoercible. Ils s'associent à une pratique de jeûne et peuvent entraîner une perte de poids et des troubles hydro-électrolytiques. Ils relèveraient de plusieurs facteurs :

- hormonaux : la gravité de ces vomissements serait corrélée à une hyperthyroïdie ;
- sociaux : ces troubles sont d'une plus grande fréquence en milieu urbain ;
- psychologiques : en rapport avec le stress, le caractère non désiré de la grossesse, mais aussi l'existence de troubles de la personnalité de type hystérique, dans lesquels interviendrait la qualité des relations de la future mère avec sa propre mère.

La névrose traumatique post-obstétricale : réactivation du stress antérieur

Elle survient chez des femmes qui ont vécu un premier accouchement dystocique voire dramatique, avec l'expérience subjective d'une proximité avec la mort, comme dans les hémorragies cataclysmiques de la délivrance ou la naissance d'un enfant mort ou handicapé.

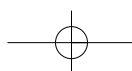
Elle réalise en fait un syndrome de stress post-traumatique, prenant la forme d'une dépression anxieuse qui apparaît à l'approche de l'accouchement avec des cauchemars répétés et une phobie de l'endormissement du fait de la réactualisation des antécédents obstétricaux. Cette crainte démesurée ne fait qu'augmenter le risque d'une récurrence, d'où la nécessité d'un suivi extrêmement attentif sur le plan obstétrical mais aussi psychologique, afin d'aider le travail de deuil réactivé par la situation présente.

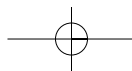
Le déni de grossesse : parfois jusqu'au terme

Le déni de grossesse se définit par la non-reconnaissance d'une grossesse, au-delà du premier trimestre, dans laquelle la participation inconsciente est prévalente.¹² Dans le déni, il y a négation d'une perception ou du lien pouvant exister entre cette perception et l'état de grossesse : il y a un refus actif de reconnaître l'évidence, et la cognition elle-même est altérée. Le déni de grossesse est un symptôme plus qu'une pathologie spécifique, et il n'existe pas de modèle théorique susceptible d'expliquer l'ensemble des cas observés. Il est d'ailleurs parfois difficile de faire la part entre le déni et la dissimulation consciente comme on en observe lors de grossesses adolescentes, pour lesquelles le déni, s'il existe, est beaucoup plus celui de l'entourage. Ce déni persiste parfois jusqu'au terme, sans que la grossesse ait pu être surveillée. Telle jeune femme qui vient consulter aux urgences pour des douleurs abdominales et parle de sa crainte d'une tumeur, est en fait en travail et accouche quelques heures plus tard. Telle autre accouche dans la cuvette des toilettes dans laquelle l'enfant meurt noyé. Cette forme de déni est plus fréquente qu'on le pensait et a conduit à faire la distinction entre le « néonaticide » (meurtre d'enfant de moins de 24 heures) et le « filicide » (meurtre d'enfant de plus de 24 heures).¹² Les femmes qui commettent un néonaticide sont le plus souvent jeunes et immatures ; elles sont célibataires et ont rompu précocement tout lien avec le géniteur, souvent en proie à la solitude, elles n'ont pas pu révéler et admettre leur grossesse. Le meurtre n'était pas prémédité et il est dans la continuité de la négation de l'enfant.

Un symptôme plus fréquent qu'on le pense

Les mécanismes mis en œuvre dans le déni sont complexes et se rapprochent de ce que l'on observe dans la psychose où le déni va de pair avec des mécanismes de clivage. D'ailleurs, il y a eu souvent une première perception, immédiatement refusée, qui va subsister sous forme d'une représentation clivée et déniée. Il faut ajouter que les modifications corporelles sont souvent discrètes et que ces jeunes femmes trouvent des raisons d'expliquer leur aménorrhée, quand ce ne sont pas des métrorragies qui alimentent l'idée d'une permanence des règles. On constate que si ces dénis de grossesse s'accompagnent parfois de troubles psychiatriques, le pourcentage de troubles psychotiques avérés est néanmoins modeste. On observe parfois des pathologies limites, mais on retrouve surtout très fréquemment une culpabilité liée à des interdits concernant la sexualité avec une éducation sexuelle très stricte, une fragilité des liens familiaux et sociaux, et surtout une ambivalence majeure vis-à-vis de l'enfant, tous éléments rendant l'idée d'une grossesse impensable. Il faut aussi souligner la fréquence avec laquelle l'entourage familial ou éducatif, lorsqu'il s'agit d'adolescentes ou de





COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE MANIFESTATIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES

jeunes femmes en foyer, mais aussi les professionnels de santé participent à ce déni en ignorant également la grossesse et parfois jusqu'au terme.

La fréquence des dénis de grossesse est difficile à préciser, car ils n'ont donné lieu qu'à peu de travaux épidémiologiques.⁷ Le déni de grossesse n'est apparu d'ailleurs dans les publications que dans les années 1970. Il semble néanmoins qu'il s'agisse d'un symptôme assez fréquent : on l'évalue à 3 pour 1 000 naissances. L'avenir à plus long terme apparaît favorable, et à l'exception des enfants de mère psychotique, on n'observe ni troubles du développement, ni relations carencielles après 2 ans d'évolution. Il n'en reste pas moins que, quel que soit le profil psychologique et (ou) psychopathologique de la mère, il existe un risque de distorsion dans les relations mère-enfant qui justifie de proposer un accompagnement social (protection maternelle et infantile, PMI) et psychothérapeutique au sens large.

GROSSESSE ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES PRÉEXISTANTS

Dans certaines affections déjà connues et suivies, il est possible d'anticiper sur la grossesse et d'évoquer les risques éventuels de la poursuite du traitement et ceux de son interruption. Il n'en reste pas moins que nombre de patientes psychotiques chroniques deviennent enceintes de manière inopinée. Bien que les risques tératogènes des traitements soient classiquement évoqués, il apparaît que nombre de grossesses ont été engagées par des femmes suivant un traitement neuroleptique ou antidépresseur sans que l'on ait observé d'anomalies particulières.

Les troubles des conduites alimentaires : la grossesse est à risque

Malgré l'existence d'une aménorrhée liée à un dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien et d'une perturbation de la libido génitale, des femmes anorexiques peuvent débuter une grossesse, mais le plus souvent il s'agit de femmes stabilisées ou considérées comme guéries. Il faut noter de plus que certaines femmes, qui consultent pour aménorrhée et pour lesquelles sont programmées des stimulations ovariennes, ont des troubles alimentaires méconnus de leur médecin (Steward note que 58 % des femmes venant consulter pour aménorrhée ont des troubles alimentaires).¹³ Bien que les résultats des études pratiquées soient souvent contradictoires, il semble que le taux de prématurité et de mortalité prénatale soit significativement nettement plus élevé que dans une population ordinaire. Il s'agit donc de grossesses à risques et ce d'autant que d'autres facteurs sont souvent intriqués.

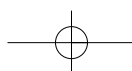
Une grossesse est parfois engagée par des femmes boulimiques et elle correspond même fréquemment à une période d'amélioration symptomatique.

La schizophrénie : que va-t-il se passer pour le bébé ?

L'évolution de la prise en charge marquée par une désinstitutionnalisation des patientes réputées schizophrènes a entraîné une augmentation importante de grossesses chez ces femmes. Le problème n'est pas tant la question de l'évolution de l'état psychique de la future mère, encore que des aménagements dans les prescriptions soient nécessaires (pour éviter les syndromes d'imprégnation néonatale), que celui du mode de prise en charge du bébé et du maintien des liens entre mère et enfant. On sait que le pourcentage d'enfants de mères schizophrènes placés en institution ou en familles d'accueil est de l'ordre de 60 à 70 %. La manière dont ces décisions de placement sont engagées, souvent d'emblée et dans la précipitation, fait problème à la fois pour la mère, qui engage fréquemment une autre grossesse et pour le bébé « survulnérabilisé » par l'absence de liens initiaux avec sa mère et l'instabilité du placement. C'est dès la grossesse que doit être envisagé avec la future mère un mode de garde qui ne se joue pas nécessairement dans le tout ou rien. Cela implique des modes de coopération entre l'obstétricien ou la sage-femme, le psychiatre et son équipe et les services de protection maternelle et infantile.

POUR LA PRATIQUE

- ➔ La période de la grossesse est un moment privilégié pour aborder des conflits psychiques non résolus et élaborer des deuils anciens ou des traumatismes de l'enfance, grâce à un état particulier de transparence psychique.
- ➔ Ce souci de la prise en compte de la composante psychique de la grossesse contribue à l'accroissement de la sécurité obstétricale.
- ➔ Sans faire d'amalgame entre la tristesse de la perte et la dépression, il faut porter une attention particulière aux deuils de la période périnatale : fausses couches, morts in utero, interruptions médicales de grossesse afin de prévenir les décompensations du post-partum (en particulier la dépression post-natale dont la prévalence est de l'ordre de 15 % des naissances).
- ➔ La prise en charge des patientes suivies en psychiatrie (ou l'ayant été, avec parfois des ruptures de soins) et plus particulièrement les patientes réputées schizophrènes, nécessite des modes de coopération étroits entre obstétriciens, médecins généralistes et psychiatres.
- ➔ Après la naissance, il faut savoir, face à des demandes de consultation répétées pour le bébé, détourner son attention du bébé sur l'état psychique de la mère en se rappelant la fréquence des dépressions post-natales.



Les conduites addictives

Les grossesses qui surviennent chez des femmes ayant un état de dépendance sont considérées comme à haut risque, à la fois pour la mère et l'enfant à naître. Les problèmes majeurs sont ceux du risque d'interruption de la grossesse ou de menace d'accouchement prématuré et ceux des conséquences des produits sur le fœtus. Les intoxications éthyliques entraînent des risques de fœtopathie alcoolique avec ses répercussions sur le plan développemental. Les opiacés et leurs dérivés ainsi que les benzodiazépines n'ont pas d'effets tératogènes, mais provoquent un syndrome de manque néonatal. Un traitement de substitution peut être institué en sachant qu'il ne supprime pas le syndrome néonatal et que le bébé doit être transféré en néonatalogie dès la naissance. La complexité de ces situations (avec une grossesse de découverte souvent tardive et un suivi obstétrical aléatoire) exige une articulation étroite entre les différents intervenants du champ obstétrical, psychiatrique et social, qui anticipe sur les aménagements à envisager pour protéger le bébé et soutenir l'instauration de la relation mère-enfant.

POUR CONCLURE

La grossesse se joue dans un double registre obstétrical et psychique, avec des interactions entre ces deux registres dont aucun ne doit être négligé. Elle est l'occasion de voir resurgir des problèmes qui avaient été occultés depuis longtemps : relations difficiles avec la mère dans l'enfance, carence affective, antécédents de placements dans l'enfance, abus sexuels cachés ou refoulés, antécédents obstétricaux négligés dans leur impact psychologique. Toutes ces occurrences qui s'observent avec une acuité particulière chez les futures mères issues de milieux dits défavorisés, ont un impact à la fois sur la sécurité obstétricale et la qualité des futurs liens entre le bébé à venir et ses parents.

Ce sont sûrement les médecins généralistes qui sont le plus à même de prendre le temps d'écouter ces femmes, avant même d'envisager un éventuel traitement spécialisé, et qui sont aussi les mieux placés, lorsqu'il s'agit de pathologies complexes et anciennes, pour impulser les actions souhaitables (en réseau) entre services d'obstétrique, services sociaux, secteurs psychiatriques ou autres services spécialisés.

La dimension de la prévention pour le bébé préside ces stratégies de soins. Quelle que soit, en effet, la qualité de l'équipement neurobiologique de celui-ci, les premiers liens d'attachement (Bolwby) sont essentiels pour la construction d'un sentiment de sécurité psychique et un développement satisfaisant. Or ces premiers liens d'attachement dépendent pour une grande part de la santé mentale et de la disponibilité psychique de la mère, d'où l'exigence de prendre en compte le contexte psychique de la grossesse. ■

SUMMARY Psychological and mental disorders during pregnancy

If the high level of mental vulnerability marks the postpartum period, there are fewer mental diseases during pregnancy. Nevertheless, this period is marked by the importance of psychological change and the easier accessibility at psychotherapeutic interventions: then, unconscious conflicts can be approached as well as traumatic events. A lot of emotional and behavioral disorders remain within the norm. When the disorders are serious, they must be subjected to both therapeutic and preventive interventions to make sure the pregnancy goes as well as possible until birth and to help establish the mother-baby relationship. At the same time, these interventions are also a means of preventing postpartum disorders, in particularly postpartum depression. Specific disorders such as denial of pregnancy (approximately 3 for 1 000) must be known, because there is a risk of infanticide. As for mental disorders already known, they involve cooperation between the maternity ward, physicians and the psychiatric department for the follow-up.

Rev Prat 2003 ; 53 : 1913-9

RESUMÉ Manifestations psychopathologiques de la grossesse

Alors que le post-partum est une période de grande vulnérabilité psychique, celle de la grossesse est moins exposée aux épisodes psychiatriques majeurs. Elle correspond néanmoins à une période de bouleversements importants sur le plan psychologique avec une plus grande accessibilité psychothérapique des conflits intrapsychiques et événements de vie à valence psychotraumatique restés inabordables jusque-là. De nombreux troubles émotionnels et comportementaux correspondent à des variations de la normale. Lorsqu'ils apparaissent plus graves, ils méritent d'être pris en considération dans une perspective de prévention visant à faciliter le bon déroulement de la grossesse jusqu'au terme, permettre une instauration des premiers liens mère-bébé de qualité et prévenir les troubles du post-partum. Des troubles spécifiques comme le déni de grossesse, avec une fréquence de l'ordre de 3 pour 1 000 accouchements, doivent être connus à cause du risque de « néonaticide ». Quant aux troubles psychiatriques déjà suivis, ils impliquent une coopération entre équipes de maternité, médecins généralistes et équipes de santé mentale.

RÉFÉRENCES

1. **Becache S.** La maternité et son désir. Lyon : Césura Édition, 1993.
2. **Bergeret-Amselek C.** Le mystère des mères. Desclée de Brouwer, 1996.
3. **Racamier PC, Sens C, Carretier L.** La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. In : L'évolution psychiatrique, 1961 : 525-70.
4. **Bydlowski M.** La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris : PUF, 1997.
5. **Bydlowski M, Candilis D.** Psychopathologie périnatale. Paris : PUF, 1998.
6. **Brockington IF, Kumar R.** Motherhood and mental illness. London : Academic Press, 1982.
7. **Dayan J, Andro G, Dugnat M.** Psychopathologie de la périnatalité. Paris : Masson, 1999.
8. **Kumar R, Robson K.** Previous induced abortion and ante-natal depression in primiparae: preliminary report of a prospective survey of mental health in pregnancy. *Psychol Med* 1982 ; 4 : 711-5.
9. **Lemprière T, Rouillon F, Lépine JP.** Troubles psychiques liés à la puerpéralité. *Encycl Med Chir (psychiatrie 37660 A10 7)* Paris : Editions techniques, 1984.
10. **Protheroe C.** Problèmes psychiatriques posés par les avortements. In : Confrontations psychiatriques, n° 16. Paris : Spécia, 1978 : 125-48.
11. **Manzano J.** De la psychopathologie du post-partum à la psychopathologie du pré-partum. In : Mazet P, Lebovici S (eds). *Psychiatrie périnatale*. Paris : PUF, 1998 : 131-8.
12. Dossier : « Déni de grossesse » coordonné par B. Massari. *Perspect Psychiatr* 2002 ; 41 (3).
13. **Steward DE.** Reproductive functions in eating disorders. *Ann Med* 1992 ; 24 : 287-91.
14. **Dugnat M, Roure M TH.** Collaboration entre les équipes psys et les équipes obstétricales. In : Mazet P, Lebovici S (eds). *Psychiatrie périnatale*. Paris : PUF, 1998 : 247-60.
15. **Molenat F.** Mères vulnérables. Les maternités s'interrogent. Paris : Stock-Laurence Pernoud, 1992.